J. GAREL ET F. COLLET

ATLAS STÉRÉOSCOPIQUE D'ANATOMIE DU NEZ ET DU LARYNX

(ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE)

30 PHOTOGRAPHIES

PARIS
OCTAVE DOIN EDITEUR


TEXTE
J. GAREL ET F. COLLET
ATLAS STÉRÉOSCOPIQUE
D'ANATOMIE DU NEZ
ET DU LARYNX
(ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE)
30 PHOTOGRAPHIES
PARIS
OCTAVE DOIN EDITEUR



TEXTE

ATLAS STÉRÉOSCOPIQUE
’ANATOMIE DU NEZ
ET DU LARYNX

(ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE)

PAR

J. GAREL
Médecin des Hôpitaux
de Lyon

J.-F. COLLET
Profes. agrégé à la Faculté
de Médecine de Lyon

30 PLANCHES PHOTOGRAPHIQUES

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L’ODÉON, 8

1897



PRÉFACE

La collection photographique que nous publions aujourd'hui offre un intérêt tout particulier, en ce qu'elle diffère de la plupart des Atlas connus jusqu'ici. Il ne s'agit plus de planches photographiques ordinaires, sur lesquelles il est souvent difficile de distinguer les détails. La forme stéréoscopique que nous avons adoptée, présente l'immense avantage de placer sous les yeux une préparation en relief, sur laquelle on peut reconnaître la forme anatomique véritable. Chaque détail apparaît dans ses dimensions respectives; creux et saillies y sont également appréciables. Toutes les parties se détachent avec une vérité telle

que l'on se croirait réellement en présence d'une pièce anatomique naturelle. Il n'y manque absolument que la couleur, et nous espérons bien que cette lacune sera comblée dans un avenir prochain.

Le clinicien sera heureux de se constituer une riche collection de pièces anatomiques sans être obligé d'entasser, dans des vitrines, des pièces plus ou moins déformées par la macération.

On peut, grâce au stéréoscope, réunir sous un petit volume toutes les pièces remarquables d'un service clinique. Ces photographies, placées dans un stéréoscope à chaîne sans fin, peuvent ainsi défiler facilement sous les yeux et contribuer de la sorte à l'instruction des élèves.

Nous avons commencé notre collection depuis plusieurs années, et les hasards de la clinique l'enrichissent tous les jours de faits nombreux et intéressants. Nous avons choisi dans notre collection les pièces les plus instructives; mais nous avons dû naturellement nous limiter à un nombre de

planches relativement restreint. Sans aucun doute, les épreuves sur papier sont très satisfaisantes ; mais, à celui qui voudra se constituer une collection de premier ordre, nous conseillons sans hésiter de faire des épreuves positives sur verre. La transparence de ces épreuves leur donne une supériorité incontestable sur les épreuves obtenues au moyen du papier sensible ordinaire.

Loin de nous la prétention d'être entrés les premiers dans la voie stéréoscopique pour l'étude de l'anatomie pathologique et normale. Debierre, avant nous, a déjà publié, il y a quelques années, un atlas stéréoscopique d'anatomie nerveuse. Mais il n'a pas été fait encore de travail d'ensemble dans ce sens, ni au point de vue du nez, ni au point de vue du larynx.

Notre but n'a pas été seulement de faire connaître une série de pièces normales ou pathologiques. Nous avons voulu surtout attirer l'attention de nos confrères sur la valeur sans égale des photographies prises

stéréoscopiquement, afin de les engager à entrer dans cette voie, persuadés que nous sommes qu'ils en retireront des avantages inappréciables.

Nous espérons même que beaucoup d'auteurs n'hésiteront pas plus tard à illustrer leurs ouvrages de photographies stéréoscopiques intercalées dans le texte. Qu'y aurait-il de plus précieux pour l'élève, et même pour le praticien, que de pouvoir par cette méthode rafraîchir ses connaissances anatomiques? Rien ne serait plus utile pour l'étude de l'anatomie des régions, par exemple.

Mais il ne suffit pas de conseiller l'emploi de la méthode stéréoscopique, il faut encore donner des indications précises pour éviter à nos confrères les tâtonnements inévitables du début.

Nous devons remercier ici M. Donnadieu, dont les conseils éclairés nous ont été du plus grand secours. C'est grâce à lui que nous avons connu la méthode la plus convenable pour la reproduction des pièces

anatomiques. Ces pièces, en effet, sont toujours plus ou moins humides à leur surface, et il se produit alors des reflets et des jeux de lumière qui donnent des résultats désastreux sur l'épreuve. Aussi, avons-nous suivi le procédé de M. Donnadieu, qui consiste à immerger complètement dans l'eau les pièces destinées à être reproduites par la photographie. De la sorte, tous les reflets désagréables disparaissent, et la pièce est reproduite avec son modelé le plus parfait. Les préparations sèches et vernies viennent d'ailleurs mal en photographie, comme on peut s'en rendre compte sur les Planches 5 et 6 de notre atlas.

L'immersion des pièces nécessite l'emploi d'une chambre noire montée verticalement et glissant entre deux supports. Sans doute, il est préférable de se servir d'une chambre stéréoscopique munie de deux objectifs. Mais si, comme dans le cas présent, l'objet à reproduire est de petite dimension, il faudra rapprocher beaucoup les objectifs l'un de l'autre pour avoir une

image de grandeur naturelle. Les deux objectifs trop rapprochés de l'objet ne pourront plus être montés à l'écartement normal de 8 à 9 centimètres, et il sera souvent difficile de les rapprocher suffisamment pour que l'image soit reproduite en un point convenable de la plaque sensible.

Une simple petite chambre 9×12, munie d'un seul objectif, permettra d'obtenir d'excellents résultats. Il suffira de prendre deux vues successives sur deux plaques différentes. C'est le procédé que nous employons journellement. Nous avons simplement la précaution, entre la première et la seconde pose, de déplacer légèrement la pièce anatomique pour saisir la photographie sous un angle différent. C'est là une condition essentielle pour l'obtention d'épreuves stéréoscopiques. Le déplacement que nous faisons subir à la pièce ne dépasse guère 12 à 15 millimètres.

Nous nous servons d'un objectif Darlot (modèle stéréoscopique couvrant 9×12) de 12,5 de foyer. Pour obtenir une vue gran-

deur nature, il faut placer l'objectif à 25 centimètres de la pièce à reproduire; mais nous préférons augmenter légèrement cette distance pour avoir une image quelque peu réduite, susceptible de tenir tout entière dans la dimension de 7×7 ou 8×8 du format stéréoscopique.

La mise au point sur une pièce anatomique est chose délicate, car les tissus n'offrent pas de ces lignes nettes facilitant la recherche exacte du point. Il est bon de placer au préalable un morceau de papier imprimé sur la partie de la pièce dont nous voulons reproduire les détails avec le plus de précision. La mise au point sur les caractères d'imprimerie deviendra alors très facile. Une fois le point déterminé, nous remplaçons le plus grand diaphragme par un autre diaphragme plus petit, pour diminuer l'intensité lumineuse. Cette façon d'agir nous donne plus de latitude et diminue les écarts de pose entre les deux clichés. Nous avons l'habitude de diaphragmer à *f*/20 dans la majorité des cas.

Tout notre appareil est placé sur une table devant une fenêtre largement éclairée, mais à l'abri des rayons directs du soleil. Il est certainement difficile d'indiquer exactement le temps de pose, il peut varier beaucoup suivant l'intensité de la lumière et suivant l'époque de l'année. Toutefois, nous pouvons dire que, par une belle lumière moyenne, dans le milieu du jour, notre pose est, en général, de 20 secondes pour chaque cliché, en nous servant des plaques extra-rapides de Lumière. Nous avons également employé les pellicules; ces dernières offrent un avantage pour le tirage des épreuves positives sur verre, car elles peuvent se découper facilement aux dimensions requises pour la formation du négatif stéréoscopique. On doit savoir, en effet, que, pour le montage stéréoscopique, les épreuves doivent être inversées, l'image prise à gauche sera collée à droite et *vice versa*. En outre, pour que l'œil puisse examiner sans fatigue une épreuve stéréoscopique, il est important que les points sy-

métriques des deux images ne présentent jamais un écart supérieur à 70 ou 75 millimètres au maximum.

On nous pardonnera cette petite digression un peu technique, mais nous sommes convaincus que ceux qui examineront les planches de notre atlas seront tentés, eux aussi, de faire une collection stéréoscopique de leurs pièces anatomiques intéressantes. Nous avons préféré les initier aux différents petits tours de main, pour leur permettre d'obtenir d'emblée d'excellents résultats (1).

La collection comprend d'abord des planches d'anatomie normale. Nous n'avons pas voulu reproduire les détails d'anatomie descriptive qu'on retrouve dans tous les Traités classiques ; nous avons cru

(1) A ceux qui ne possèdent pas de stéréoscope, nous conseillons le modèle dit « Stéréoscope Mexicain » à poignée. L'appareil est d'un prix très minime, néanmoins il peut servir aussi bien aux myopes qu'aux presbytes.
Il se trouve à Paris chez Wytenhove, 8, rue Pastourelle.

préférable de présenter une anatomie d'aspect, la seule intéressante au point de vue pratique. Grâce à la méthode employée, nous avons une image en relief absolument fidèle. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les planches consacrées aux choanes ou à la paroi externe des fosses nasales : les orifices des sinus se distinguent avec une netteté parfaite. Nous n'avons pas besoin d'insister sur les importantes conséquences pratiques qui découlent de ces notions pour le cathétérisme des orifices des cavités accessoires.

A chaque planche se rapporte un texte explicatif suffisamment détaillé pour permettre au praticien ou à l'étudiant de ne laisser échapper aucun point intéressant. La syphilis, les diverses formes de laryngo-typhus, de cancer primitif ou secondaire, sont représentées. Pour la tuberculose, les pièces que nous avons recueillies depuis cinq ans constituent une riche collection. Nous avons dû choisir les cas les plus démonstratifs, afin de présenter toute une

gamme de lésions, de gravité et de localisation différentes, indiquant bien la marche du processus bacillaire, depuis les granulations du début jusqu'aux ulcérations trachéales.

En somme, cet atlas fait passer sous les yeux du lecteur la plupart des lésions qu'on peut être appelé à rencontrer sur le vivant ou sur la table de l'amphithéâtre ; aussi espérons-nous qu'il sera accueilli avec une égale faveur par les spécialistes et les anatomo-pathologistes.

LÉGENDE EXPLICATIVE

DES PLANCHES STÉRÉOSCOPIQUES

PLANCHE I

PAROI EXTERNE DE LA FOSSE NASALE GAUCHE AVEC SES TROIS CORNETS

Cette Planche montre comment sont étagés les cornets du nez. On voit en arrière du cornet inférieur, l'orifice de la trompe d'Eustache et la fossette de Rosenmüller. En arrière du cornet supérieur, est situé le sinus sphénoïdal intéressé par la coupe. Le cornet inférieur présente une dépression longitudinale oblique en arrière et en haut qui n'est que l'empreinte d'une crête de la cloison.

PLANCHE II

PAROI EXTERNE DE LA FOSSE NASALE DROITE

On a reséqué le cornet moyen dont il ne reste plus que la queue et la partie tout à fait antérieure représentée par une petite saillie pédiculée. Cette résection met à découvert le méat moyen obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière et parallèle à la ligne d'insertion du cornet moyen reséqué. L'hiatus semi-lunaire est ici réduit à une fente très étroite dont l'extrémité antérieure répond à la partie postéro-inférieure du sinus frontal. Au point où l'hiatus passe de la direction oblique à la direction horizontale, on aperçoit au-dessus de lui une saillie osseuse arrondie qui n'est autre que la bulle ethmoïdale ou de Verga. Au-dessus de cette bulle, on voit une série de cellules osseuses entr'ouvertes : c'est le labyrinthe ethmoïdal.

L'extrémité postérieure du cornet inférieur présente un aspect framboisé que revêt quelquefois le cornet à l'état pathologique.

PLANCHE III

PAROI EXTERNE DE LA FOSSE NASALE GAUCHE APRÈS RÉSECTION DU CORNET MOYEN

La queue du cornet moyen est à moitié dissimulée par la paroi inférieure du sinus sphénoïdal qui cache également en grande partie le cornet supérieur. On remarquera que la cloison qui sépare les deux sinus sphénoïdaux est conservée. Au-dessous du sphénoïde, on aperçoit le pavillon tubaire avec ses bourrelets antérieur et postérieur. Immédiatement, en avant du pavillon tubaire, se trouve le cornet inférieur peu développé sur cette pièce. Au-dessus de la partie moyenne du cornet inférieur, on aperçoit un large orifice arrondi, orifice du sinus maxillaire ; au-dessous et à gauche de cet orifice, se trouve un orifice en forme de croissant (orifice accessoire du sinus maxillaire). A gauche et en haut, on voit la saillie de la bulle ethmoïdale : une soie de sanglier est implantée dans son orifice. Immédiatement au-dessus de l'orifice du sinus maxillaire, on constate, dans une direction presque verticale, la gouttière de l'infundibulum, dans laquelle viennent s'ouvrir des cellules ethmoïdales du groupe antérieur

ainsi que le sinus frontal. Sur cette pièce, l'hiatus semi-lunaire a ses lèvres très écartées et laisse voir facilement tous les orifices que l'on ne pouvait apercevoir sur la Planche 2. On se rend compte des différences qui peuvent exister au point de vue anatomique et des difficultés qu'on peut éprouver dans le cathétérisme de l'orifice du sinus maxillaire.

PLANCHE IV

FACE DROITE DE LA CLOISON NASALE

Le bord postérieur de la cloison est tranchant. Il est formé par le vomer. Il répond à peu près au bord antérieur du pavillon tubaire et peut servir de point de repère pour le cathétérisme de la trompe. Lorsqu'il est accroché par le bec du cathéter, il suffit de faire exécuter à l'instrument un demi-tour pour le faire pénétrer dans la trompe.

Sur cette pièce la cloison présente une forte crête longitudinale terminée en avant par une énorme saillie arrondie, remontant presque jusque vers les os propres du nez.

PLANCHE V

ARTÈRES DE LA CLOISON NASALE (d'après une pièce sèche du Dr Jaboulay).

Toute la cloison, sauf la partie antérieure, est irriguée, par des branches de la maxillaire interne. Celle-ci envoie au-dessous du corps du sphénoïde l'artère sphéno-palatine qui chemine sous la muqueuse et parallèlement au plancher des fosses nasales jusqu'à l'entrée du canal naso-palatin.

PLANCHE VI

CLOISON NASALE (d'après une pièce sèche du Dr Jaboulay).

Cette pièce montre nettement la séparation des parties osseuses et cartilagineuses de la cloison. La partie cartilagineuse répond à l'espace sombre situé en avant et en bas. Dans son épaisseur on voit un riche réseau glandulaire. C'est en ce point que Kölliker localise les vestiges de l'organe de Jacobson, et Gegenbauer la *glande de la cloison*.

PLANCHE VII

VUE POSTÉRIEURE DU VOILE DU PALAIS ET DES ORIFICES POSTÉRIEURS DES FOSSES NASALES OU CHOANES.

La coupe passe par l'apophyse basilaire. De chaque côté du bord tranchant du vomer, on voit les cornets moyens et inférieurs. Le cornet supérieur s'aperçoit à peine du côté gauche. Cette image n'est pas tout à fait conforme à celle que donne la rhinoscopie postérieure, parce que le regard pénètre directement dans l'axe des fosses nasales et non de bas en haut comme dans la rhinoscopie postérieure. Au-dessous de l'apophyse basilaire, on aperçoit une partie de la voûte pharyngée, puis immédiatement au-dessous la partie supérieure de la cloison, dont les bords s'écartent en ogive pour former le cintre supérieur des choanes. La cloison se rétrécit vers sa partie moyenne pour s'élargir à nouveau à sa partie inférieure. En haut, sur la face droite de la cloison, existe une petite saillie, terminaison d'une crête. De chaque côté des choanes, saillie du pavillon tubaire. Au-dessous des choanes le voile du palais est pendant et masque ainsi en grande partie la voûte palatine.

Sur cette pièce, on remarquera l'aspect mamelonné de l'extrémité postérieure des deux cornets inférieurs.

PLANCHE VIII

LARYNX NORMAL VU PAR LA PARTIE SUPÉRIEURE

L'épiglotte est relevée et fixée par une épingle. Des bords latéraux de l'épiglotte partent les deux replis ary-épiglottiques qui, se dirigeant en arrière vers la ligne médiane, aboutissent aux éminences aryténoïdes en recouvrant la saillie arrondie des cartilages de Wrisberg et de Santorini, très apparents sur cette préparation. En arrière des aryténoïdes, la partie postérieure du chaton cricoïdien et l'entrée de l'œsophage dont l'ouverture a été maintenue béante. En avant on voit le vestibule laryngien au fond duquel on aperçoit les cordes vocales supérieures ou bandes ventriculaires, l'ouverture longitudinale des ventricules de Morgagni, et enfin les cordes vocales inférieures en position cadavérique, interceptant la fente glottique.

En dehors du repli ary-épiglottique, entre ce repli et la grande corne de l'os hyoïde, existe de chaque côté une gouttière latérale allant aboutir à l'œsophage : c'est le sinus piriforme. Cette gouttière est maintenue constamment ouverte par la corne de l'os hyoïde qui la limite en dehors.

PLANCHE IX

LARYNX NORMAL ÉTALÉ

La section a porté sur la partie postérieure, entre les aryténoïdes, intéressant le cricoïde et la trachée. Cette pièce nous montre la disposition en feuille de l'épiglotte. La muqueuse qui la recouvre présente un aspect ridé. Du pétiole épiglottique partent les cordes vocales supérieures et inférieures interceptant entre elles l'entrée des deux ventricules de Morgagni Au-dessus de la coupe du cricoïde, on voit la section du muscle aryténoïdien transverse et, plus haut encore, la saillie formée par les cartilages de Wrisberg et de Santorini.

PLANCHE X

LARYNGOTYPHUS, LÉSIONS LÉGÈRES

On voit des ulcérations presque symétriques sur le bord libre de l'épiglotte, puis une petite ulcération déchiquetée au-dessous de l'insertion postérieure de la corde vocale droite.

Cette pièce nous a été fournie par notre collègue et ami, H. Mollière.

PLANCHE XI

LARYNGOTYPHUS, FORME GRAVE

La lésion, très étendue, intéresse toute la face postérieure de l'épiglotte et tout le vestibule laryngien jusqu'au-dessous du bord libre des cordes. Ulcérations profondes et anfractueuses.

Le malade avait présenté au début tous les symptômes d'une pneumo-typhoïde. L'examen laryngoscopique nous permit de trancher le diagnostic. Il existait aussi des plaques ulcéreuses sur le voile du palais.

PLANCHE XII

CANCER DU LARYNX

Destruction complète du larynx. L'épiglotte seule est respectée.

PLANCHE XIII

CANCER EXTRINSÈQUE DU LARYNX

Une vaste ulcération néoplasique intéresse la fossette latérale et la fossette glosso-épiglottique. Toute la moitié gauche du larynx est respectée. Mort brusque par hémorragie. Sur la partie droite est étalée l'artère ulcérée qui s'est ouverte dans le foyer néoplasique. On a placé une paille pour indiquer le siège de l'ulcération.

PLANCHE XIV

CANCER DU LARYNX

La paroi pharyngo-œsophagienne a été incisée et réclinée pour montrer la face postérieure du larynx. A gauche la lésion a dévoré jusqu'à la base de la langue ; l'épiglotte a été repoussée à droite. De ce côté l'épiglotte est encore intacte ainsi que la plus grande partie du ligament aryténo-épiglottique. Ce dernier vient aboutir à une éminence aryténoïde volumineuse envahie par le néoplasme. La corde gauche apparaît comme disséquée et présente sur son bord interne un bourgeon cancéreux. Végétations néoplasiques de la commissure postérieure.

PLANCHE XV

CANCER VÉGÉTANT DU LARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

A la partie supérieure, on aperçoit l'épiglotte complètement saine. Immédiatement au-dessous, entre les deux cornes de l'os hyoïde, on voit d'énormes végétations néoplasiques dominant le vestibule laryngé. La lésion descend à plusieurs centimètres de profondeur dans l'intérieur de l'œsophage qui est devenu méconnaissable.

PLANCHE XVI

CANCER SECONDAIRE DU LARYNX (Forme très rare).

Le cancer occupe le ventricule de Morgagni droit, et s'est propagé à la partie inférieure de l'épiglotte et au sinus piriforme. Cette tumeur est survenue secondairement à un cancer du membre inférieur. (Cas publié par Chapuis. Soc. des Sciences Médicales, Lyon 1896.) La déchirure de la muqueuse qu'on voit au niveau du cricoïde, a été produite accidentellement en étalant la pièce.

PLANCHE XVII

SYPHILIS TERTIAIRE DU LARYNX

Brides cicatricielles de la face postérieure de l'épiglotte, très nettement dessinées à gauche. La forme anatomique de l'épiglotte ne se reconnaît pour ainsi dire plus. Du côté droit, le processus a envahi la bande ventriculaire et la corde vocale.

Dans la trachée à gauche, au niveau des premiers anneaux, existe une bride cicatricielle semblable à un pli produit par le pincement de la muqueuse.

(Cliché malheureusement un peu voilé.)

PLANCHE XVIII

TUBERCULOSE LARYNGÉE AU DÉBUT (Pièce rare).

Petites granulations tuberculeuses limitées au bord libre des cordes vocales. Aucune autre lésion laryngée. Le malade avait une voix presque normale. (Ne tenir aucun compte de la trachéotomie pratiquée seulement sur le cadavre.)

PLANCHE XIX

TUBERCULOSE LARYNGÉE AU DÉBUT (Forme inter-aryténoïdienne).

Contrairement à toutes nos pièces décrites jusqu'ici, le larynx a été ouvert par sa partie antérieure, et l'épiglotte divisée en deux moitiés étalées. On aperçoit alors la commissure inter-aryténoïdienne qui est le siège d'une ulcération peu avancée avec quelques bourgeons. C'est une forme de début assez fréquente dans la tuberculose laryngée, et cette localisation possède une véritable valeur diagnostique.

Cette pièce est en outre intéressante en ce qu'elle nous montre l'intérieur des deux ventricules de Morgagni.

PLANCHE XX

PHTISIE LARYNGÉE (Forme végétante).

Comme dans le cas précédent, section du larynx par la partie antérieure et division de l'épiglotte.

Énorme bourgeon tuberculeux inter-aryténoïdien, qui a envahi les éminences aryténoïdes et se continue en bas dans l'intérieur de la trachée.

PLANCHE XXI

PHTISIE LARYNGÉE (Forme végétante).

La lésion est principalement sus-glottique, elle a envahi l'épiglotte et le vestibule tout entier. A droite la lésion forme un énorme bourgeon qui déborde au-dessus de la corde vocale inférieure.

PLANCHE XXII

PHTISIE LARYNGÉE (Forme ulcéreuse).

Ulcérations tuberculeuses occupant les deux fosses glosso-épiglottiques, l'épiglotte et toute la partie supérieure du larynx jusques et y compris les cordes vocales.

PLANCHE XXIII

PHTISIE LARYNGÉE

L'épiglotte est saine dans sa partie supérieure. Lésions ulcéreuses relativement superficielles, portant sur le vestibule et sur les cordes vocales. Les ventricules de Morgagni paraissent à peu près indemnes.

PLANCHE XXIV

PHTISIE LARYNGÉE

Intégrité de l'épiglotte dans sa partie supérieure. La lésion porte principalement sur les bandes ventriculaires et au-dessous du bord libre des cordes vocales.

PLANCHE XXV

PHTISIE LARYNGÉE (forme ulcéreuse).

La lésion porte principalement sur les faces antérieure et postérieure de l'épiglotte. Cette dernière est légèrement infiltrée. Le ligament ary-épiglottique gauche est détruit. Ulcérations des deux bandes ventriculaires. Les cordes vocales inférieures paraissent à peu près normales.

PLANCHE XXVI

PHTISIE LARYNGÉE

Vastes ulcérations siégeant sur toute la face antérieure de l'épiglotte. A gauche, ulcérations et infiltration de la bande ventriculaire. Lésions ulcéreuses descendant dans la trachée bien au-dessous des cordes vocales inférieures. A droite, vaste excavation ulcéreuse au niveau de la bande ventriculaire. La corde vocale droite est à peu près normale, sauf au-dessous de son bord libre.

PLANCHE XXVII

TUBERCULOSE DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

A gauche énorme infiltration non ulcérée de l'épiglotte. Le côté droit présente son aspect plissé presque normal. Lésions ulcéreuses siégeant au niveau des ventricules de Morgagni, des cordes vocales et descendant assez bas dans la trachée.

PLANCHE XXVIII

PHTISIE LARYNGÉE (forme dysphagique).

Le larynx, non ouvert comme les précédents, est vu en entier par sa face postérieure. On aperçoit des lésions ulcéreuses de l'épiglotte et des ligaments aryténo-épiglottiques. L'éminence aryténoïde droite et le ligament aryténo-épiglottique du même côté sont presque complètement détruits. A gauche, infiltration et ulcération de l'éminence aryténoïde.

PLANCHE XXIX

PHTISIE LARYNGÉE

Destruction des deux cordes vocales et en grande partie de la bande ventriculaire droite.

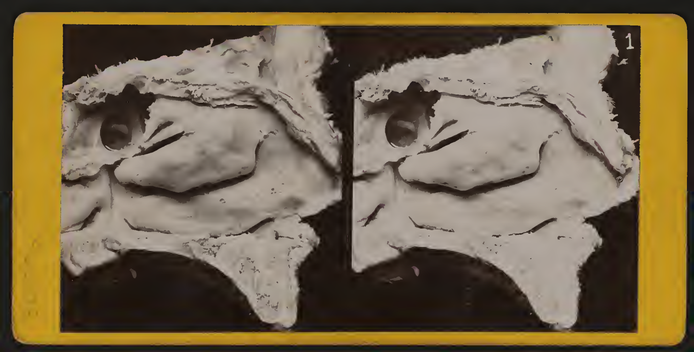
La lésion sous-glottique est un accident de préparation (fracture du cricoïde produite par l'étalement du larynx).

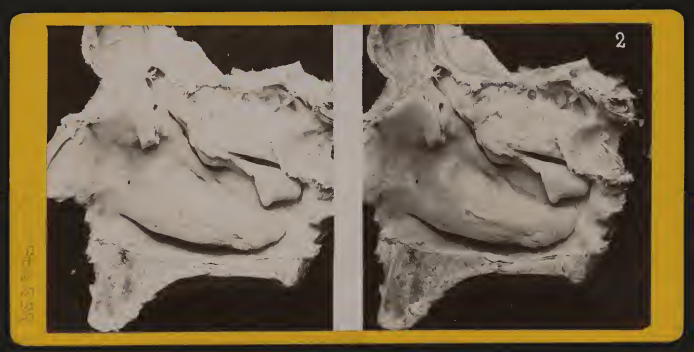
PLANCHE XXX

TUBERCULOSE DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

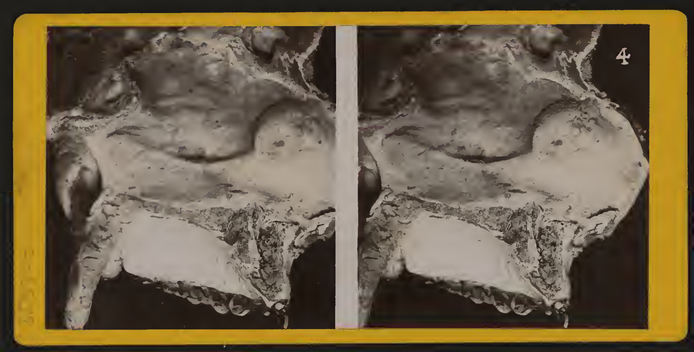
Jeune sujet. — Lésions ulcéreuses siégeant principalement sur la partie inférieure de l'épiglotte et sur les deux bandes ventriculaires. Cette pièce offre un intérêt particulier à cause des ulcérations occupant une surface très étendue de la trachée et commençant seulement à trois centimètres environ au-dessous des lésions laryngées.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.

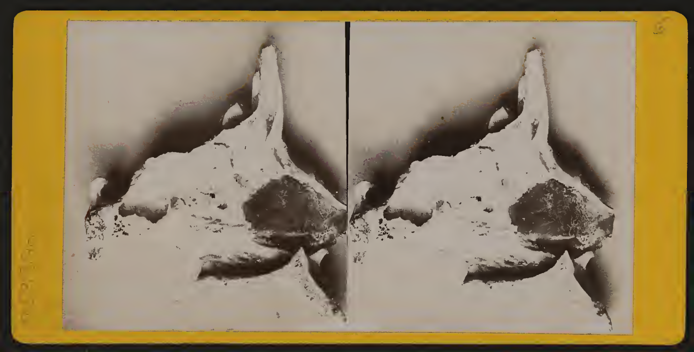

1


2


3

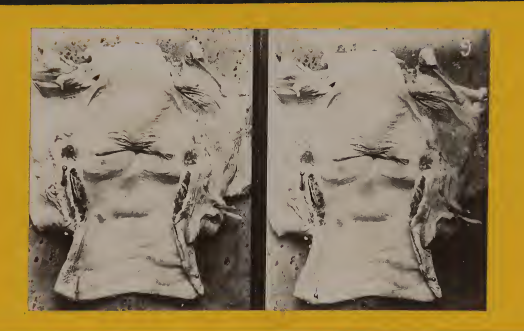

4



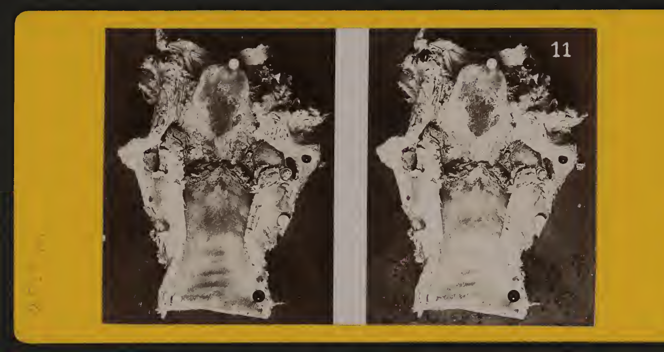


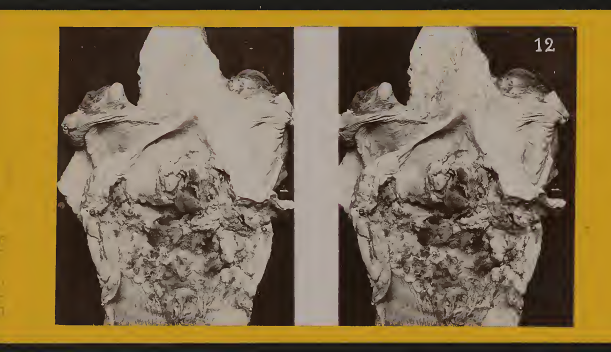

7

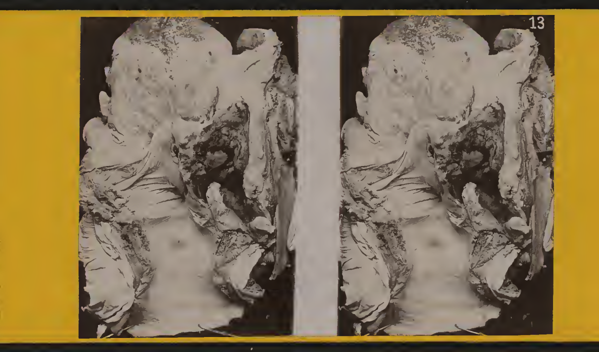

8

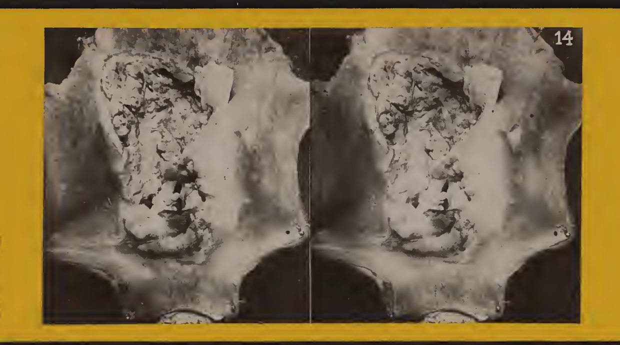



10


11

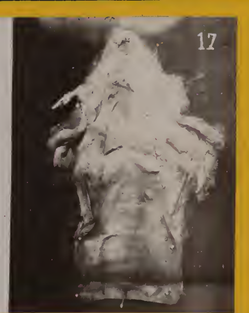

12

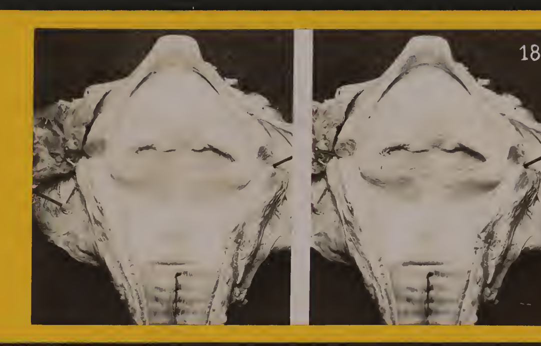

13


14


15


16


17


18


19



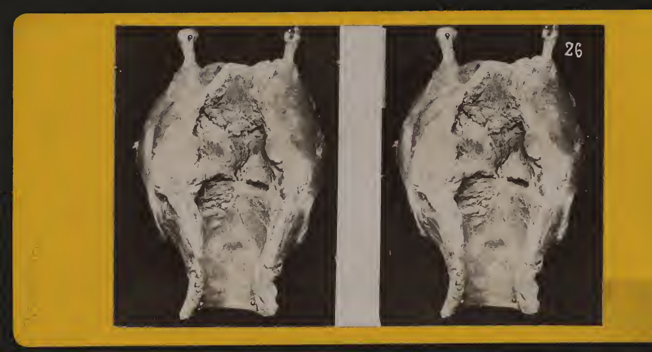

21

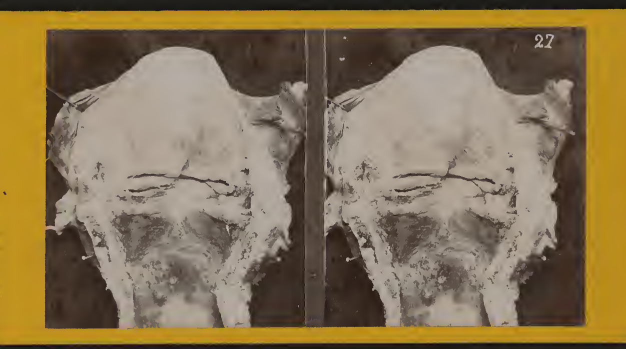

22

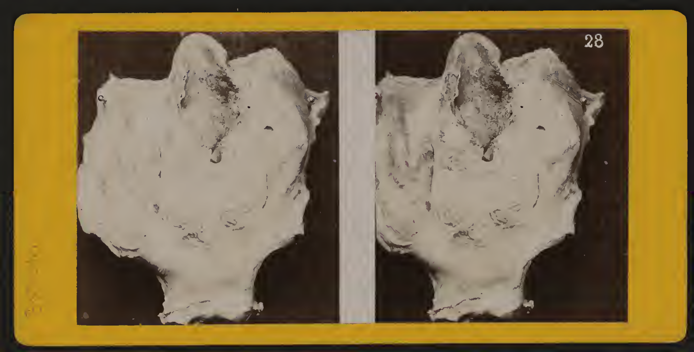

23


24


25


26


27


28


29


30

